

병원 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험 연구*

김 경 희⁺

(꽃동네대학교)

이 희 연

(서울사이버대학교)

정 익 중⁺⁺

(이화여자대학교)

김 지 혜

(남서울대학교)

김 세 원

(경기복지재단)

[요 약]

이 연구는 아동학대 예방과 개입의 큰 축을 담당하는 병원 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험을 탐색할 목적으로 수행되었다. 이를 위하여 전국적으로 등록된 62개 병원 학대피해아동보호팀과 접촉하였고, 최종적으로 아동학대 사망사건을 경험한 5개 병원 학대피해아동보호팀 구성원들(의료사회복지사와 의사)과의 인터뷰를 통해 자료를 수집하였다. 수집된 자료를 질적연구방법을 사용하여 분석한 결과, 팀의 개입에도 불구하고, 학대 피해 아동이 매우 위중한 상태에서 병원에 도착했거나, 보호자의 거짓말이나 치료 거부로 인한 치료적 대응의 지연 때문에, 아동의 사망 진행을 막기 어려웠던 것으로 나타났다. 그럼에도 학대피해아동보호팀의 의심과 개입을 통해 사망 원인이 학대임을 밝혀낸 것은 팀 활동의 의미 있는 성과로 간주되었다. 이 과정에서 신고의무자 역할에 대한 인식 부족과 부담은 의료진의 적극적인 개입을 막는 장애물이며, 개입을 지속하기 위해서는 학대 인과관계 규명에 필요한 증거자료의 확보가 중요하다는 점이 확인되었다. 이러한 연구 결과를 토대로 학대 상황에

* 이 논문은 2012년도 보건복지부의 연구용역보고서 “아동학대 사망관련 지원서비스 체계화 방안 연구”의 일부를 전면적으로 수정·보완한 것임.

+ 주저자

++ 교신저자

대한 조기 발견과 증거 확보 조치, 사망 원인 규명을 위한 실천적 및 정책적 방안에 대해 제언하였다.

주제어: 아동학대, 아동학대사망, 병원 학대피해아동보호팀, 의료사회복지사, 질적연구

1. 서론

지난 6월 자신의 딸을 학대하고 뇌출혈을 방치해 숨지게 한 혐의(유기치사 및 아동복지법 위반)로 친모가 구속되었고 담당 의사는 불구속 입건되었다(한겨레, 2013. 6. 17.). 의사가 아기의 시신을 보지 않은 채 허위로 검안서를 작성하였고 사인에 의혹이 있었지만 경찰에 신고하지 않았기 때문이다. 이 미 아기의 시신은 화장된 후였다. 이 사건은 어머니의 학대로 인한 사망이라는 점 뿐 아니라 담당 의사의 무관심과 외면으로 인해 은폐될 뻔했던 억울한 죽음이라는 점에서 사회적으로 충격을 주었다.

가끔 매스컴을 통해 이러한 사건들이 보도됨에도 지금까지 아동학대 사망에 대해서 알려진 것은 별로 없다. 우리나라의 아동학대 사망 통계는 보건복지부와 중앙아동보호전문기관 보고서(2012)를 통해 일부 파악할 수 있다. 2001년부터 2011년까지 아동학대로 인한 누적 사망 사례는 87건이었으며, 2010년도에는 3건, 2011년도에는 13건이었다. 2011년도 아동학대 사례 중 사망아동 비율은 0.2%(13건)였으며, 만 5세 이하 아동이 전체 사망 아동의 77%를 차지하였다. 또한 가해자는 친부모, 계모, 부모의 동거인과 같이 모두 보호자 유형인 것으로 파악되었다(보건복지부·중앙아동보호전문기관, 2012). 즉, 가정 내의 어린 아동은 아동학대로 인한 사망에 가장 취약한 대상으로 보인다. 그 이유는 어린 아동일수록 자기 방어 능력이 떨어지고 치명적인 손상을 입기 쉬운 반면 학대사실이 외부로 잘 드러나지 않아 학대의 반복가능성과 심각성이 높아지기 때문이다. 그러므로 가정 내에서 발생하는 아동학대에 대한 사회적 개입이 어떻게 이루어지고, 어떤 효과를 보고 있는가에 대한 점검이 중요하다고 본다.

그런데 지금까지는 아동학대 예방 및 근절을 위한 개입 과정에서 주로 아동보호전문기관의 역할이 강조되어 온 반면¹⁾, 병원의 역할 이행에 관한 관심과 연구는 부족하였다. 하지만 아동학대 대응에서 병원 역할의 중요성에 대해서는 이견을 찾기 어렵다. 대부분의 아동학대는 신체적 손상을 가져오므로 아동이 병원에 왔을 때 의료진이 아동의 상처, 손상, 골절 등의 발생 원인을 어떻게 바라보고 규명해 내는 지가 아동학대 조기발견과 대응의 핵심이 되기 때문이다. 실제로 생후 10개월 된 여아의 갑작스런 사망은 원인불명의 사망으로 처리될 수도 있었지만, 여아의 뇌 골절, 망막출혈, 멍 자국 등의 증상을 의심한 담당 의사의 신고에 의해 외부로 드러났고(중앙일보, 2002. 2. 23.), 말을 듣지 않는다고 3살 된 친딸을 때려 의식불명 상태에 빠뜨리고 방치한 어머니의 사례 또한 병원의 의심과 신고를 통해 사

1) 아동보호전문기관의 역할이 강조되어 왔지만, 아동학대 개입의 과정이나 성과에 관한 연구는 상대적으로 부족하다. 아동보호전문기관 관련 연구들은 대부분 아동보호전문기관상담원의 스트레스와 소진을 다룬 것이다(공계순, 2005a; 공계순, 2005b; 김성희·이재연, 2005; 강은숙·김민정, 2006; 박지영, 2008; 김미정·최말옥, 2012).

건화가 되었다(한겨레, 2005. 9. 8.). 따라서 아동학대 사망에 대한 자료가 희소한 상황에서 병원의 역할과 경험에 대한 탐구는 현황 파악 및 대책 마련에 중요한 단초를 제공해 줄 수 있을 것이다.

이와 관련하여 현재 중앙아동보호전문기관 홈페이지에는 아동보호 협력기관으로서 학대피해아동보호팀을 운영하는 전국 62개의 병원명과 연락처가 명시되어 있다. 또한 의료사회복지사가 있는 병원에서는 대개 의료사회복지사가 학대피해아동보호팀의 간사로 활동한다. 그럼에도 아직까지 병원별로 학대피해아동보호팀의 활동과 아동학대 관련 정보들은 체계적으로 수집되지 않고 있다. 단지 서울대학교병원과 한림대학교병원에서 발표된 최윤진 외(2007)와 송봉규 외(2009)의 논문을 통해 제한적인 정보를 얻을 수 있을 뿐이다. 그러나 이 논문들은 병원에서 일정 기간 동안 개입했던 아동학대 사례의 현황을 개괄적으로 파악한 것으로서, 사망 사건의 진행과 관련된 경험적 맥락에 관한 정보를 심층적으로 제공하고 있지 못하다. 그러므로 사망 사건과 관련된 병원의 개입 경험을 파악하기 위해서는 개별 사망 사례의 수집과 탐색이 필요하다.

이 연구는 아동학대 사망에서 병원 역할이 중요함에도 그 동안 이에 대한 관심과 연구가 부족하였다는 문제의식으로부터 출발하였다. 따라서 이 연구의 목적은 아동학대 대응의 큰 축을 담당하는 병원 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험을 탐색하고 그 과정을 점검하고자 하는 것이다. 이를 통해 병원 학대피해아동보호팀의 활동과 아동학대로 인한 사망사건에 대한 이해를 제고하고, 아동이 학대로 인해 사망에 이르는 과정에서 병원의 역할과 한계를 고찰함으로써, 아동학대 사망사건의 예방과 개입을 위한 실천적 함의를 제시하고자 한다.

2. 문헌 검토

이 장에서는 병원 학대피해아동보호팀의 개입 과정과 아동학대로 인한 사망사건을 이해하기 위한 배경적 지식으로서 아동학대 사망의 개념과 현황, 병원 내 학대피해아동보호팀의 구성과 활동, 병원의 아동학대 관련 선행연구에 대한 내용을 고찰하였다.

1) 아동학대 사망의 개념과 현황

아동복지법 제3조 7호에서는 아동학대를 '보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 행위'로 규정하고 있다. 이러한 아동학대는 가족체계와 밀접하게 관련된다고 알려져 있다. 아동의 신체학대는 어머니의 우울 및 배우자 폭력과 가장 연관성이 높다고 보고된다(Windham et al., 2004). 또한 임신 중 배우자 폭력이 있었던 경우 그 아동 또한 학대받을 가능성이 높아진다는 중단연구 결과는(Chan et al., 2012) 부모체계의 취약성이 추후 학대발생 가능성을 가늠하는 주요 지표임을 보여주고 있다.

아동학대 사망은 학대 및 방임으로 인하여 아동이 사망하게 된 것으로, 미국 연방 정부에서는 아동 사망과 관련하여 치명적 아동학대(fatal child abuse)²⁾와 치명적 방임(fatal neglect)³⁾으로 구분하고 있다(ECMEF, 2010). 하지만 이렇게 볼 때 익사, 화재, 질식 등 의도치 않은 상해로 인한 사망(unintended injury death)의 경우 이를 학대나 사망으로 결론지어야 할 것인지에 대한 불분명한 지점이 존재한다. 양육자 과실로 인한 의도치 않은 상해를 학대나 방임으로 보는 것을 지나친 판단으로 보는 견해도 있으나 실제 이것이 아동방임이나 학대의 결과일 수도 있기 때문에 발생한 사망 사건의 원인 규명은 쉽지 않은 과제이다.

이러한 학대의 정의의 모호함과 자료수집체계의 미비는 아동학대 사망자 수의 파악을 어렵게 만든다. 현재 미국에서는 주정부가 아동복지 기관들로부터 아동학대 사망사건의 자료를 받아서 아동학대 데이터 시스템에 보고하는 방식으로 자료를 수집하고 있다. 그러므로 기관에 보고되지 않은 학대 사망 아동의 수는 누락된다(GAO, 2011). 미국의 경우, 2010년 학대 및 방임으로 인해 사망한 아동 수는 1,560명으로 추정되고 아동 10만 명 당 사망률은 2.07명으로 보고되고 있다(Child Welfare Information Gateway, 2012). 그러나 영아돌연사로 판명된 아동들 중 학대로 인한 사망이 상당 부분 포함되었다는 보고(Hobbs et al., 1995)를 비롯하여 학대로 인한 사망 아동 수가 55~76%로 과소추정 되고 있다는 의문이 꾸준히 제기되고 있다(Schnitzer et al., 2008). 따라서 미국 보건복지부는 알려지지 않은 사망 사례를 밝혀내기 위하여 아동보호서비스 부서 외에도 각 주의 통계청 사망통계 자료, 경찰 기록, 검시관 의료 기록, 아동사망사례조사팀 자료 등의 다양한 자료원을 활용하고 있으며 표준화된 자료 수집 및 보고 시스템을 만들기 위한 노력을 기울이고 있다.

우리나라의 경우, 아동보호전문기관에 보고된 아동학대 사망사례는 2010년도에 3건, 2011년도에 13건 뿐이며 이러한 수치가 실제 발생 건수와 상당한 격차가 있을 것임에는 의심의 여지가 없다. 이러한 시점에서 최근 의료계의 영아돌연사에 대한 감시와 대응, 조사의 필요성(유정민 외, 2007), 법학계의 아동학대 개념 정의의 추상성과 한정성 극복을 위한 구체적 유형화 및 세부 사례 예시의 필요성(문영희, 2012), 사회복지계의 아동학대 사망사례 예방을 위한 조기발견체계 및 법과 데이터시스템 개선의 필요성(정익중 외, 2012)에 대한 제안들은 고무적이다. 학대로 인한 사망 혹은 사망 위험에 있는 아동을 인지하지 못하는 것은 또 다른 아동을 위험에 남겨두는 것이기 때문이다. 그러나 여전히 아동학대 사망 진단의 쟁점과 자료수집의 한계와 대안에 대한 논의는 제한적으로 이루어지고 있다. 따라서 앞으로 정책적 차원에서 사망 진단의 쟁점과 자료수집의 한계와 대안에 대한 학제간의 논의와 세부 정책 수립이 중요한 과제가 되어야 한다.

-
- 2) 일정 기간 동안 반복적으로 학대가 발생하거나 한 번의 충동적인 사건이 일어난 경우를 모두 포함한다.
 - 3) 주 양육자가 어떤 것을 행했기 때문에 행하지 않았기 때문에 발생하는 경우로, 만성적(계속적으로 식사를 제대로 주지 않는 경우 등) 또는 급성적(아이를 욕조에 혼자 두어 익사하는 경우 등)인 경우를 모두 포함한다.

2) 병원 내 학대피해아동보호팀의 구성과 활동

우리나라에서 병원 학대피해아동보호팀에 대한 본격적인 관심과 구성은 2000년 7월 아동복지법 개정 후 아동학대에 대한 공적 체계의 시작, 즉 아동보호전문기관의 설립 및 확산과 맥을 같이 한다. 그 전에도 서울대학교병원과 같은 몇몇 대학병원들에서는 팀을 구성하여 활동하고 있었지만, 법 개정 후 아동학대문제에 대해 아동복지법상 신고의무자로 규정된 의료인 차원의 대책 및 지원이 필요하다는 인식이 확산되면서, 대한의사협회 차원의 움직임이 강화되었다. 2003년에 대한의사협회 주관으로 전국 병원 내 학대아동보호팀 발대식이 선포되었고, 팀을 구성한 병원에는 대한의사협회로부터 아동학대보호 의료기관 선정 및 현판식 전달이 이루어졌다. 이것은 정부 차원의 제도적인 움직임은 아니었지만 실시 1년 만에 선정 병원이 32개로 증가할 만큼 전국적인 양적 확대를 이루어내는 데 크게 기여하였다. 2013년 현재 우리나라에는 62개 병원에서 학대피해아동보호팀이 운영되고 있으며, 매년 5월이면 가정의 달을 맞이하여 중앙아동보호전문기관과 공동으로 아동학대예방 캠페인을 진행하는 등 아동학대 인식 증진과 의료인 교육을 위한 노력을 지속해 오고 있다(의협신문, 2012. 5. 11.).

학대피해아동보호팀의 위원 구성은 병원별로 약간의 차이가 있지만 대개 신체 학대, 성학대의 의학 적 상태 및 정신적 후유증, 학대 유무 판단에 대한 보다 면밀한 검토를 위하여 소아과, 정형외과, 신경 외과, 정신과, 산부인과, 법의학과 교수를 포함한다. 또한 위기 상황의 학대받은 아동을 가장 많이 진 료하게 되는 응급의학과 교수와 수간호사가 당연직으로 위촉되며, 팀의 간사 역할은 대개 의료사회복 지사가 담당한다. 아동학대 의심 사례에 대한 개입은 병동, 외래, 응급실 등에서 신고가 들어오면, 간 사가 학대피해아동보호팀원인 각 과 전문의들에게 연락을 취하여 48시간 이내에 사례 회의를 개최한 다. 이 때 아동학대가 명백하다고 판단하면, 경찰에 신고하고, 의심되는 사례는 외래를 통한 추적 관 찰을 통해 추후 사례 회의에서 아동학대 여부를 최종 판단한다(송봉규 외, 2009). 미국도 이와 유사한 데, 보스턴 어린이병원 홈페이지에는 주법(매사추세츠 법 51A)에 따른 직원들의 학대 보고의 의무가 명시되어 있으며, 아동의 안전과 돌봄을 위한 다양한 프로그램과 서비스가 병원에서 제공된다. 구체적 으로 의사, 변호사, 심리사, 사회복지사, 간호사, 간호행정이 등으로 구성된 병원 내 아동학대보호팀 (The Hospital's Child Protection Team)이 24시간 운영되면서 직원에 대한 전문적 훈련 제공 및 학대 의심 사례의 발견과 개입을 지원한다.

이러한 학대피해아동보호팀의 역할에 대한 긍정적인 보고들은 외국 문헌을 통해 확인할 수 있다. 미국에서 122개 병원에 대해 조사한 결과에서는 학대피해아동보호팀이 있는 병원들이 학대피해아동 보호팀이 없는 병원에 비해 학대나 방임이 의심되는 아동에 대한 문서기록이 더 잘 되어 있으며 수사 를 의뢰하는 비율도 더 높은 것으로 나타났다(Tien et al., 2002). 1996년부터 2001년까지 Salzburg 중 합병원의 아동학대보호팀에 의뢰된 286건의 아동 및 청소년 기록을 회고적으로 분석한 Thun-Hohenstein(2006)의 연구에서도 아동학대보호팀의 효율성과 유용성이 언급되었다. Smith와 Efron(2005)은 아동학대가 의심될 때 초기 사례 회의의 개최가 보다 효과적인 개입과 재원기간 단축 을 가능하게 한다고 보고하였다. 그러나 국내에서는 아직까지 아동학대 및 사망사건과 관련된 학대피

해아동보호팀의 역할과 경험에 관한 자료가 극히 드물기 때문에 추가적인 연구 수행이 필요하다고 보겠다.

3) 병원의 아동학대 관련 선행연구

병원의 아동학대 관련 연구들은 주로 의료인의 학대에 관한 인식도 조사와 아동학대 사례분석, 학대피해아동보호팀의 운영과 개입사례 분석에 대한 것이다. 윤혜미(1997)는 일반인과 전문가 집단(의료인, 교사, 사회복지사 등)의 학대와 방임의 개념, 사회적 개입에 대한 인식 조사를 실시하였으며, 그 결과 의사와 사회복지사가 일반인과 교사집단에 비해 학대에 대해 더 민감하게 지각하고 사회적 개입에도 적극적인 태도를 보인다고 하였다. 그러나 이러한 전문가들의 인식 증진이 곧 실제적인 개입의 수행으로 직결되지는 않는다. 김영혜 외(2006)는 종합병원 간호사들을 대상으로 아동학대 개념과 가상사례에 대한 심각성, 관리에 대한 인식을 각각 조사하였다. 연구 결과, 응답 간호사들은 아동학대 신고의무제의 효과에 대해 약 93%가 긍정적이었고 신고의도에서도 95%가 신고를 하겠다고 응답하였다. 그러나 신고의무자로 인지하고 있는 경우에도 단지 8.4%만이 신고전화번호를 인지하고 있었고, 아동보호전문기관을 인지하는 경우도 46.9%에 불과하였다. 또한 아동학대를 한 번 이상 발견한 경우가 37.1%였지만 아무런 조치를 하지 못한 경우가 35.8%로 나타났다. 다른 연구에서도, 의사들이 신고의 중요성에 대해 인지하면서도 신고를 꺼려하는 모습을 보였는데, 그 원인은 결정적인 증거 부족, 아동부모와의 관계 상실, 법정 출석의 불편함 때문으로 나타났다(Vulliamy and Sullivan, 2000).

국내에서 병원 의무기록에 대한 후향적 검토를 통해 아동학대 사례를 분석한 논문으로 최윤진 외(2007)와 송봉규 외(2009)를 들 수 있다. 최윤진 외(2007)의 연구에서는 1999년부터 2005년까지 아동학대로 추정되거나 진단된 20례에 대한 의무기록을 검토하여, 학대 유형, 가해자, 학대 관련 요인, 손상의 종류와 정도, 치료와 예후에 대해 조사하였다. 학대 유형은 신체적 학대가 17례(85%)로, 가해자는 부모 유형이 11례(55%)로 가장 많았다. 이 중 4례가 사망했는데, 한 사례는 응급실에서 내원 당일에, 2례는 중환자실 이송 후 수일 내에, 1례는 입원 치료 거부 후 다음날 집에서 사망한 것으로 파악되었다. 이와 유사하게, 송봉규 외(2009)는 1987년부터 2007년까지 서울대학교병원 학대아동보호팀에 의뢰된 76례를 검토하여 일반적 사항, 학대 유형, 학대아동보호팀의 개입 활동 및 후유증을 분석하였다. 이 논문에서는 아동학대로 인한 사망에 대해 따로 정리하고 있지는 않았다. 다만 신체적 학대를 받은 아동 중 3례에서 두개골절이 있었고, 1례에서 경막하출혈이 있었으며, 1례는 두개골절과 안면골절, 합병된 뇌수막염으로 인한 사망 사례임을 언급하고 있어, 1례에서 학대로 인한 사망이 발생했음을 추정할 수 있다. 그러나 이 자료들은 면담기록, 의무기록들을 후향적으로 검토한 것으로 연구에서는 체계적인 자료 수집의 미흡과 일부 기록의 손실로 인한 연구의 한계를 언급하고 있다.

이 두 개의 국내 논문을 유사한 구조를 가진 외국 연구와 비교해 봤을 때, 의뢰 사례 수, 개입의 질, 통계 자료 구축의 체계성 측면에서 우리나라 병원이 상대적으로 미흡함을 볼 수 있다. 1991년부터 2006년까지 이스라엘 Sarfa병원 학대피해아동보호팀에 의뢰된 사례는 총 990개로 국내 사례와 비교하여 높은 신고율 및 개입률을 보이고 있으며, 의뢰 사례의 성별, 연령, 의뢰 이유, 행정당국에

의 보고 등이 데이터베이스로 체계적으로 관리되어 다양한 영역의 통계적 분석이 가능하였다 (Thun-Hohenstein, 2006).

Chen 외(2010)의 연구에서는 학대피해아동보호팀 의뢰 대상자의 연령이 평균 2.4세로 대부분 아기 들이며, 특히 출생 1개월 이내의 신생아들은 의료진이 부모위험요인을 민감하게 선별하고 있음을 볼 수 있다. 흔들린 아기 증후군(shaken baby syndrome) 예방을 위해 병원 기반의 신생아 부모교육 프 로그램이 제공되었을 때 36개월 이하 연령 아동에 대한 뇌손상이 유의하게 줄었다는 연구 결과(Dias et al., 2005)를 고려한다면, 학대 예방을 위해서는 병원 기반의 다학제간 교육 제공이 중요하며, 병원 별 데이터베이스를 통해 고위험 아동에 대한 체계적인 관리가 필요함을 문헌검토를 통해 재확인할 수 있다.

실제로 최근 영국 보건부에서는 2013년부터 시작하여 2015년까지 병원에 새로운 아동학대 경고인 식 시스템(child abuse alert system)을 도입하겠다고 발표하였다(Department of Health, 2012). 영국 보건당국은 이러한 시스템 도입을 통해 병원 간에 아동의 이전 응급치료 기록을 공유함으로써, 학대 아동의 부모가 병원을 바뀌가며 진료를 받게 될 경우 병원에서 이전 치료 이력을 알 수 없어 학대의 심과 대응이 늦어질 수밖에 없었던 기존의 한계를 극복할 것으로 기대하고 있다. 그러므로 우리나라 병원 현장에서 학대 아동 선별과 사후관리를 위한 체계들이 어떻게 이루어지고 있는 지를 밝혀내어 비교 검토하는 것도 중요한 연구의 부분이 될 것으로 생각된다.

3. 연구방법

1) 연구 진행 과정

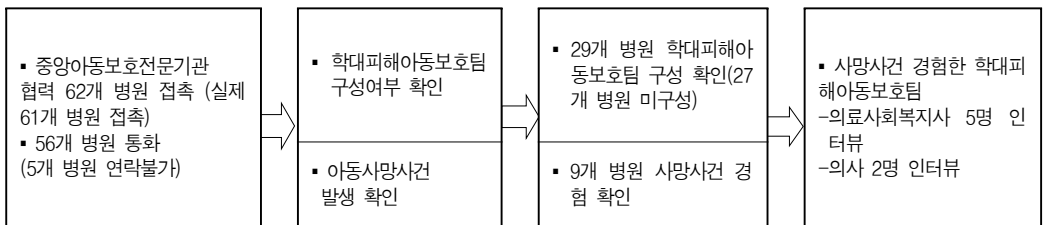
병원 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험의 탐색이라는 연구 목적 달성을 위하여 우선적으로 학대피해아동보호팀을 운영하면서 아동학대사망사건을 경험한 병원이 있는지를 파악한 후, 해당 병원의 학대피해아동보호팀의 담당 간사(대개 의료사회복지사)나 의사를 통해 이들의 경험에 대해 탐색하고자 하였다.

첫 번째로, 중앙아동보호전문기관 홈페이지에 협력의료기관으로 등록된 62개의 병원⁴⁾ 리스트를 수집하여 2012년 6월부터 7월까지 전화조사를 실시하였다. 61개 병원 중 56개 병원과 연결되었고, 5개 병원은 무응답 혹은 담당자 부재 등의 이유로 연결되지 않았다. 학대피해아동보호팀 활동여부와 아동 사망사건 경험여부를 확인한 결과, 학대피해아동보호팀이 실제로 구성되어 활동하고 있는 곳은 29개 (46.8%)였으며, 나머지 27개(43.5%)는 활동이 없거나 아예 조직조차 없는 것으로 확인되었다. 이 중 학대로 인한 사망사례를 경험하였다고 응답한 곳은 9개 병원(14.5%)으로, 사망 아동의 가해자는 모두

4) 그러나 전화 확인 결과, 62개 병원 중 한 병원이 같은 재단의 다른 명칭의 병원으로 통합되었기 때문에 실제로는 총 61개 병원인 것으로 파악되었다.

아동의 부모 혹은 부모 중 한 명으로 확인되었다.

둘째로, 학대피해아동보호팀을 운영하고 있으며 아동학대 사망사례를 경험한 9개 병원 중 본 연구의 참여에 동의한 5개 병원 담당자와 연락하여 학대피해아동보호팀 간사인 의료사회복지사와 의사에 대한 인터뷰를 진행하였다. 일차적으로 2012년 7월~8월에 의료사회복지사를 만나 면접을 진행하였고, 2013년 6월에 의사들을 만나 추가 면접을 진행하였다. 이러한 자료수집과정을 아래 <그림 1>에 정리하여 제시하였다.



<그림 1> 병원 학대피해아동보호팀 아동학대 사망사례 개입경험 연구 절차

2) 연구 참여자 인터뷰

연구참여자들은 유의적 표집(purposive sampling)을 통해 모집되었다. 사망사건을 경험한 9개 병원 중에서 인터뷰 참여에 동의한 5개 병원의 학대피해아동보호팀 간사들은 남자2명, 여자3명이었다. 이들은 모두 의료사회복지사로서 소속 부서의 다양한 업무 수행과 동시에 병원 학대피해아동보호팀의 간사를 겸직하고 있었고, 근무 경험은 최소 7년 이상이었다. 이들과의 인터뷰를 통해 일차적으로 연구 결과를 구성하였으나 참여자 수가 5명으로 적은 편이었고 간사가 모두 의료사회복지사로서 직종에 따른 연구 내용의 편향 가능성이 논의되었다. 따라서 연구 내용의 타당도 확보를 위해 사망아동의 의료적 상태와 상황을 가장 가까이서 경험하는 의사들의 인터뷰가 추가적으로 필요하다고 판단하였다.

그러나 참여자 모집 과정에서 어려움이 많았다. 사망 사례를 경험한 병원의 학대아동보호팀장을 접촉하였으나, 직접 연락이 어려운 경우도 있었고, 일부는 간사가 모든 내용을 알고 있으며 자신은 잘 모른다고 참여를 거절하였다. 사례를 총괄하는 간사를 인터뷰했는데 굳이 자신을 인터뷰할 필요가 없다는 입장이었다. 계속적인 접촉 결과, 2명의 의사를 인터뷰할 수 있었다. 다행히도, 참여에 동의한 의사 모두 대학병원 교수로서 10년 이상의 학대피해아동보호팀 활동 경험이 있었고, 한 명은 현재 팀장으로 활동 중이었다. 이들 모두 아동학대에 관한 지식과 경험이 풍부하고 개입에 대한 관심도 높았기 때문에 결국 2명밖에 인터뷰를 못했음에도 사망사례 개입에 대한 의료인의 관점이 어느 정도 반영된 것으로 판단하였다.

연구 인터뷰는 이들이 근무하는 병원 상담실이나 연구실에서 이루어졌다. 연구 질문은 “학대피해아

5) 연구 참여를 거부한 병원에서는 클라이언트에 대한 개인정보보호와 소속 병원의 학대아동보호 대응 체계의 미흡함을 드러내는 것이 부담스럽다는 것을 그 이유로 들었다.

동보호팀의 개입 내용은 무엇인가? 아동학대 사망사건의 경험은 어떠한가? 개입과정에서의 성과와 어려움은 어떤 것이 있었는가?”였고, 인터뷰 시간은 약 1시간 정도 소요되었다.

3) 자료수집 및 분석

자료수집 시기는 2012년 7월부터 2013년 6월까지이다. 2012년 7~8월에 의료사회복지사를 참여자로 인터뷰를 진행하였으며, 2013년 6월에 의사에 대한 추가 인터뷰를 진행하였다. 연구 참여자 인터뷰 내용은 참여자의 동의 후 녹음되었으며 이를 필사본으로 만들어 분석 자료로 활용하였다.

질적 자료들은 내용분석(content analysis)방법을 통해 분석되었다. 내용분석은 수많은 양의 정보를 탐색하여 체계적으로 코딩하고 범주화시키는 접근으로서 누가, 무엇을, 누구에게, 어떤 결과가 일어났는지의 검토를 통하여 내용의 특성을 기술하는 것이다(Vaismoradi et al., 2013). 귀납적인 내용분석 방법은 준비, 조직화(organising), 보고(reporting)의 단계로 진행되며(Elo and Kyngäs, 2008), 다른 일반적인 질적자료의 분석방법의 절차와 유사하다. 즉, 필사본을 여러 번 읽고 전체의 감을 잡은 후, 중요한 문장이나 단어에 밑줄을 긋고 참여자가 사용한 용어의 의미, 맥락 등을 검토하면서 개방코딩을 한 후, 개념을 묶고 범주로 만드는 과정을 반복하면서 연구 질문에 대한 답을 찾는 과정을 진행해 나갔다. 이를 통해 참여자들의 사망사례 개입경험 내용의 구조를 기술하였다.

4) 연구의 진실성

연구를 시작하면서 아동학대 사망에 대한 보다 광범위한 자료 수집을 위해 병원 의무기록에 대한 접근과 열람이 가능한지를 확인하였다. 하지만 윤리적 문제로 접근하기 어려웠기 때문에 참여자의 인터뷰 내용에 의존하여 자료를 수집하였다.⁶⁾ 5명의 의료사회복지사 인터뷰 후 아동학대와 질적연구 경험이 많은 연구자들이 공동으로 자료분석을 실시하였고, 분석 내용에 대해 지속적으로 의견을 주고 받았다. 또한 참여자 확인(member check)을 위해 일차 분석결과를 참여자들의 메일로 전달하면서 인터뷰 내용이 잘 반영되었는지, 제시된 내용에 사실과 다른 점이 있는 지, 사망 기록이나 참여자 신원 정보보호 측면에서 우려되는 점이 있는 지 등을 확인해 달라고 요청하였다. 의료사회복지사들은 2주 이상의 시간을 갖고 자료를 검토한 후, 인터뷰 내용이 잘 반영되었음을 확인해 주었다. 하지만 한 명은 제시된 연구 결과의 한 부분이 자신의 의도와 조금 다른 뉘앙스로 받아들여질 수 있다고 지적하였고, 다른 한 명은 특정 명칭으로 인해 자신의 소속 병원과 참여자 신분이 드러날 수 있는 진술 부분을 삭제해 달라고 요청하여, 그 부분이 반영되도록 일부 결과를 수정하였다. 또한 의사들과의 인터뷰 과정에서 의료사회복지사 인터뷰를 통해 정리된 연구결과를 검토 받고 연구 결과와 다른 상황이나 사례들이 있는 지를 확인하면서, 연구주제와 관련된 자료의 심층적 수집 및 중층적 기술(thick

6) 물론 연구 참여자는 전자의무기록이나 문서 등을 통해 사망사건에 대한 자료를 참고하면서 인터뷰에 응하였다.

description)을 위해 노력하였다. 이를 통해 연구 상황 이외에서도 본 연구결과가 유용하게 사용될 수 있는지를 가늠하는 적용가능성(transferability)을 확인하였다. 이와 같이 연구 참여자의 다원화, 연구자의 다원화, 참여자 확인 등의 과정을 통하여 연구의 진실성 확보를 위해 노력하였다.

4. 연구결과

1) 아동학대 사망사건 개요 및 특성

학대피해아동보호팀에서 개입했던 5사례의 아동학대 사망사건 개요를 아래 <표 1>을 통해 제시하였다.

<표 1> 아동학대 사망사건 개요

사례	사망 나이	가해자	학대 관련 확인 내용	개입 내용
A	4개월	위탁모	뇌손상 미혼모 아기로, 입양 전 위탁 양육 중이었음. 현장 검증과정에서 위탁모가 아기를 떨어뜨린 사실이 밝혀짐	학대피해아동보호팀 회의 후 아동보호전문기관 신고 아기는 중환자실에서 사망 경찰조사 진행됨
B	10개월	부	두개 내 골절 부의 폭력	보호자 양육 미숙 및 폭력, 돌봄 및 관리의 어려움, 학대가능성으로 학대피해아동보호팀에서 아동보호전문기관 의뢰 사회복지사가 부모교육, 의료비지원 제공 증거 부재로 경찰조사 진행 안 됨 아기는 뇌손상으로 계속 관식이법(tube feeding)을 했으며, 퇴원 후 사망 예측(연락 두절)
C	4개월	모	뇌손상 모의 음주	응급실 내원 후 중환자실 사망. 응급실에서 아동보호전문기관과 학대피해아동보호팀 연락 경찰조사 진행됨
D	신생아	부모	수술하면 살 수 있는데도, 심장 수술을 부모가 거부 가족 경제적 수준이 높음	치명적 방임으로 학대피해아동보호팀이 아동보호전문기관에 의뢰 늦은 부모 동의 후 수술했으나 아기 사망 경찰조사 진행 안 됨
E	7세	부	두개 내 출혈 부녀 가정	중환자실 치료 중 아동보호전문기관 의뢰 경찰 조사 진행됨

분석 결과, 5건의 사망 사례들은 다음의 세 가지 유형으로 분류되었다.

첫째, 병원 내원 후 즉각적으로 사망하는 유형이다. 사례 A, C, E는 심한 신체적 손상 후 응급실로

내원하여 중환자실로 이송된 후에 곧바로 사망한 유형으로서 병원에서 경험하는 아동학대 사망사건의 전형적인 유형으로 파악되었다. 이러한 유형의 사례에는 모두 아동보호전문기관과 경찰의 개입이 이루어졌다. 아동의 가해자는 부모, 또는 위탁모로 아동의 주보호자였는데, 이들은 응급실에 내원했을 때 아동의 상처나 증상을 잘 설명하지 못했거나 뚜렷한 가해가 의심되는 상황임에도 연관성이 떨어지게 진술하는 등 솔직하지 못한 모습을 보였다. 이러한 유형의 사례는 이미 의학적으로 치명적인 상태이므로, 학대피해아동보호팀이 사건을 인지하더라도 아동의 사망을 막기 위해 개입할 수 있는 여지가 별로 없었으며, 학대 부모에 대한 신고와 의료적 소견 제공 등이 거의 유일한 조치였다.

둘째, 학대의 인과관계를 뚜렷하게 증명하기 어려운 상황에서 장기간에 걸쳐 아동의 학대가 진행되었고 학대 후유증과 가족 문제가 복합적으로 상황을 악화시키면서 사망으로 진행된 유형이다. 사례 B는 부모의 과실 혹은 학대가 의심되지만 이를 명확하게 입증하기 어려운 사례였다. 아동은 신체적 후유증으로 인해 장기간 입원 중이었고 가해자로 의심되는 부모는 사회경제적 상황, 양육기술 등에 전반적으로 문제를 갖고 있어 지속적이고 다양한 사회복지 서비스를 필요로 하였다. 따라서 이 가족에게 입원 중 의료사회복지부서를 통한 여러 가지 도움이 제공되었음에도 복합적인 가족의 문제 개선에는 한계가 있었으며 부모의 돌봄 거부나 미숙한 돌봄이 반복되면서 아동의 상태가 계속 악화되어 치명적 상태로 진행된 사례이다.

셋째, 긴급한 치료적 개입이 필요한 상황에서 부모의 치료 거부 때문에 아동이 사망하게 된 유형으로, 치명적인 의료적 방임의 형태로 볼 수 있다. 사례 D는 아기에게 긴급한 심장수술이 필요했음에도 부모가 치료 포기를 원하여 수술을 진행할 수 없었던 사례로, 아동보호전문기관의 개입을 통해 부모가 뒤늦게 수술 동의를 했지만 이미 치료시기를 놓쳐 수술 후에 아기가 사망한 경우였다. 이 사례의 부모는 사회경제적 수준이 높았음에도 자녀가 수술 후유증으로 장애가 생길 것을 우려하여 치료를 거부한 것으로 보였으며, 학대피해아동보호팀은 아동의 생명을 구하기 위하여 아동보호전문기관, 경찰과 긴밀하게 협조하여 수술을 진행시켰다.

2) 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험

학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험을 연구질문에 따라 (1) 개입 내용, (2) 사망 이유 분석, (3) 개입의 성과, (4) 개입과정의 어려움, (5) 경험을 통한 제언으로 정리하였다.

(1) 개입의 내용은 무엇인가?

학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건에 대한 개입은 다른 아동학대 사건에 대한 개입과 마찬가지로 학대피해아동보호팀의 운영체계와 역할을 기초로 하였다. 신체적 손상의 심각성과 관계없이 학대 의심 상황이 발견되면 학대피해아동보호팀이 가동되었다. 학대를 발견한 의사가 의료사회복지사에게 직접 연락하거나 응급연락체계를 통해 팀을 가동하면 병원별로 갖추어진 매뉴얼에 따라서 팀 회의 소집, 면담과 관찰, 검사를 통한 사례 정보 수집, 학대 여부 판단, 아동보호전문기관 신고 및 가족 서비스 제공 등의 개입과 조치가 이루어졌다.

“병원 내에서 학대아동보호위원회가 하는 일은 학대아동이 발견됐을 때 개입하여 처리하는데, 의료적인 문제가 의료진이 치료를 통해서 해야 하는 거고, 그 이외의 문제, 가족상담이라든가 일반기관과 연계가 필요하다든가 조정이 필요하다든가 이러한 역할들을 주로 하게 되고, 큰 틀에서 두 번째 것은 홍보, 교육, 피학대아동 보호라든가 신고절차 등에 대해서 홍보하고 교육하는 일이 중요한 역할 중 하나입니다. 아, 그리고 연간 무조건 1회 이상은 회의를 하도록 되어있고요, 정례회의가 있고 사례판정회의가 있어요.”(의료사회복지사 4)

① 면담과 관찰

아동학대 의심 사례에 대하여 치료진의 면담과 관찰이 중요한 이유는 가해자가 대부분 치료에 협조적이지 않고 학대 행위를 부인하기 때문이다. 따라서 학대 행위자에 대한 면담은 실천적 기술의 유용함을 필요로 한다. 팀의 간사인 의료사회복지사들은 가족과 좋은 관계를 유지하는 동시에 법적 의무와 책임을 알리고 부모의 돌봄 역할 수행과 학대와 방임 중단을 위한 노력들을 진행해 나갔다. 동시에 학대 행위와 아동의 상처를 입증할 만한 증거를 찾는 것이 가해자 분리 등 법적 절차 진행을 위하여 무엇보다 중요했기 때문에 증거 수집을 위해 노력하였다.

“아동학대사례 중에 제일 어려운 게요, 사무실에서 면담이라고 표현을 하는데 저쪽 부모님하고 저하고 고무줄을 이렇게.. 이런 표현은 좀 그렇지만 줄다리기 하는 느낌. 한 쪽에서 놔버리면 탁 놓이잖아요. 약간 그런 느낌이에요. 그래서 보호자 설득도 필요하고, 그렇다고 해서 너무 강하게 나갈 수도 없고...”(의료사회복지사 4)

“(병원에 입원해 있는 동안) 현장을 포착하기 위해서 되게 노력을 했죠. 그 상황.. 그랬는데, 얼굴에 상처가 난 것도 계속 ‘아니다, 부딪혔다’라고 얘기를 하고, 간호사들이 자주 가는 것에 대해서 되게 민감하게 반응을 하고 ‘우리를 의심하느냐’ 자꾸 그렇게 얘기를 해서 자주 가보지도 못하고, 같은 병실에 계신 분들이 계속 호소를 했어요. 애가 갑자기 운다, 애가 갑자기 그랬는데...”(의료사회복지사 2)

② 가족 지원

가. 부모 역할 교육

부모가 학대 행위자로 의심될 때, 학대피해아동보호팀의 간사인 의료사회복지사는 조사자로서 뿐 아니라 사회복지사로서 그들에게 올바른 부모 역할을 교육하고 안내하였다. 부모들이 미숙한 양육기술을 향상시키지 않는다면 결과적으로 학대 재발과 아동의 상태 악화가 반복될 것이기 때문이었다. 한 병원에서는 아동학대로 부모를 신고하면서 가족교육에도 많은 시간을 할애하였다. 이 사례는 광대뼈 함몰로 병원에 입원한 초등학교 고학년 아동의 사례로서, 사망 사건은 아니었지만 이후 치명적인 결과로 진행될 가능성이 있었다. 이 아동은 학대 가해자로 아버지가 경찰 조사를 받아 친가로부터 “네 아버지가 너 때문에 경찰서에 갔다. 아빠 말 잘 들으라고 했는데, 왜 그렇게 말을 안 들어서 아빠를 흥분을 시키며 그렇게 만드느냐?”고 비난을 받았다. 팀의 간사인 의료사회복지사는 그 과정에서 아버지에게 신고한 이유를 설명하고 부모 개별 세션 및 부모 자녀가 함께 참여하는 가족세션을 진행하였다. 신고가 처벌만을 위한 것이 아니라 궁극적으로 폭력과 학대 문제 예방을 위한 것임을 인식했

기 때문이다. 만약 아동학대를 가족체계적 관점에서 바라보지 않고 학대 발생 후 가족의 문제를 잘 다루지 않는다면 신고 후에 오히려 아동학대의 발생과 후유증, 은폐가능성이 더 높아져 치명적인 결과로 이어질 수 있을 것이다. 그러므로 아동학대에 대한 신고는 단순한 보고(report)가 아니라 아동학대 예방을 위한 전문적이고 복합적인 개입의 과정으로 경험되었다.

“일반병실로 나와서 엄마아빠가 간병을 해야 되는데, 둘이서 티격태격 싸우고 애가 자꾸 자지러지게 우는데 케어기술이 굉장히 미숙해가지고 기저귀를 갈거나 이런 것도 확확 이렇게 하고, 조심성이 없고... 아이를 얼르고 안아서 이렇게 해야 되고 이런 거가 많이 좀 취약한 거예요. 그래서 그 부부는 제가 아침마다 회진하दा시피 가서... 잘 있었나, 지난밤에는 어떻게 했나...”(의료사회복지사 2)

“당신을 신고하는 것을 안 이 아버지도 난리가 나죠. (자기를) 신고한다고 때려 부수겠다 뭐 어찌겠다. 난리가 나는데, 어쨌든 그 아버지는 상담하는 과정을 수궁을 했어요. 본인이 하겠다. 그리고 그 엄마도 그렇고 아이도 그렇고 다 수궁을 한 상태에서 저희가 신고를 했어요. 그런데 나중에 우리가 이거를 폭력이라고 판단을 하고 신고를 했기 때문에 아버지하고 엄마하고 아이를 다 나눠서 나중에 애프터 세션을 했어요. 아빠도 따로 교육을 하고, 아이하고 아빠하고 같이 불러서 가족 세션을 다시 하고 (중략) 아이가 결국에는 나중에 가서 얘기를 하더라고요. 아빠가 자기 때문에 경찰서에 가게 되고 조사를 받게 되고 하는 부분에 대해서 자기가 굉장히 무섭고 두려웠다고 얘기를 하고.”(의료사회복지사 1)

나. 치료 의뢰와 후원

학대 가해자로 의심되는 부모는 복합적인 어려움을 갖고 있는 의료사회사업실의 클라이언트이기도 하였다. 혼전 임신 후 결혼 신고도 올리지 않은 채 아기를 낳았다가 병원에 온 사례 B는 남편의 출산 반대에도 아기의 모가 고집을 부려 출산하였으나 임신부터 출산 후까지 내내 남편의 폭력과 생활고, 양육부담으로 인하여 스트레스가 많은 상황이었다. 따라서 학대피해아동보호팀 담당 의사와 의료사회복지사는 아동을 보호하고 학대의 진행을 막기 위한 지지적 환경 조성의 일환으로 부모에 대한 지지, 경제적 후원 등의 개입을 병행하였다.

“저희 소아정신과 교수님도 가서 아이를 보고, 아이 엄마가 짜증도 많이 내고 그래서 정신과 협진을 의뢰를 했어요. 엄마가 너무 우울하고, 병원에 오랫동안 있다 보니까 그런 거 아닌가 해서 했더니, 우울증 소견이 좀 보인다 그래서 이제 약을 좀 드시는 게 좋겠다고 해서 약을 처방을 해드렸어요...(중략) 병원비가 결국에는 1700만원이 나왔는데 그 1700만원 중 한 폰도 안내셨어요. 그러니까 저희가 펀드를 뭐 긴급지원 이런 거 다 받고, 또 어린이재단이나 이런데서 펀드를 또 받고, 저희 병원에서 후원을 하고...”(의료사회복지사 2)

(2) 왜 병원에 도착한 아동은 사망했는가?

병원에 도착한 아동이 사망한 이유는 살릴 수 있는 시기를 놓친 데 있었다. 의학적으로 회복 불가능할 만큼 심각한 상황에서 병원에 왔거나 병원 도착 후 보호자의 비협조로 인하여 필요한 처치가

지체되었기 때문이다. 또한 학대피해아동보호팀이 다각적으로 개입하더라도 복합적인 가족의 문제 및 명확한 증거 부족으로 인한 가족과의 분리의 어려움 등은 상황을 계속 악화시키는 맥락으로 작용하였다

① 이미 돌이킬 수 없는 상황

사망한 아동 중 두 사례(사례 C와 E)는 병원에 도착했을 때 이미 위독한 상태였다. 이들은 응급실 도착 직후 중환자실 치료를 받았으나 수일 내 사망하였다. 병원에서 할 수 있는 조치는 아동 사망 원인이 학대일 가능성을 의심하고 병원 내 학대피해아동보호팀을 소집하고 경찰에 신고하며, 의학적 소견을 밝히는 것 외에는 별로 없었다.

“그 아이는 (밤에 들어와서) 제가 가기 전에 형사들이 먼저 왔었구요. 제가 아침에 갔을 때에는 이미 사망했어요.”(의료사회복지사 3)

“거의 사망해서 온 걸 병원이 어떡하겠어요? 뭔가 좀 가벼운 싸인이 있었을 때 누군가가 발견해서 신고를 해 줘야 하는데... 어떤 기관에든가 노출이 됐었다고 한다면 그것을 인식할 수 있어야 하는데... 한 번에 그렇게 사망하진 않았을 텐데...”(의료사회복지사 5)

② 의료적 개입의 지연

신체적으로 심각한 상태에서 병원에 온 아동이 돌이킬 수 없는 상태로 진행되는 이유 중의 하나는 부모의 거짓말과 치료 거부 등의 비협조로 인하여 적절한 치료시기를 놓쳤기 때문이다. A사례에서는 위탁모가 자기 과실을 인정하지 않아 상황 파악이 어려웠고 응급실에서 경과를 지켜보다가 아기의 증상과 출혈이 심해진 후에야 뒤늦은 개입이 가능하였다. 이와 같이 부모 또는 돌봄 제공자로부터의 치명적인 방임이나 고의적 학대 사실 여부는 상황이 악화된 뒤에 의료진의 문제제기를 통해서야 밝혀지는 경우가 많으나, 그 때는 이미 아동의 의료적 상태가 악화되어 수습할 수 없는 경우가 많다. 특히 의학적으로 명확한 증거를 찾기 어려울 때 부모가 거짓말을 한다면 의료진과 경찰의 대응은 제한적일 수밖에 없다. 이러한 부모들의 비협조적인 태도는 아동의 생명을 구하려는 노력을 무기력하게 만드는 범죄 행위로 기능하므로 아동 보호 측면에서 부모의 치료협조 여부를 보다 엄중하게 평가할 필요가 있다.

“왔을 때 본인(보호자)이 솔직하게만 얘기만 했어도 아이가 어떤 의료진이 손을 쓸 수 있는 방법이 있었을 수도 있는데, 본인이 잘못된 걸 감추기 위해서 부딪친 적도 없고... 예를 들면, 응급실에 들어오면 물어보잖아요? 머리를 부딪친 적이 있느냐 뭐 한 적이 있느냐 물어봤을 때 다 없다고 얘기를 했기 때문에, 그렇다면 아이가 울고 그러는 게 속이 거북해서 울 수도 있고 토하기도 하고 그러니까 일단 지켜보자 이랬던 상황이었거든요. 한 서너 시간을 아이가 응급실에서 그렇게 방치가 됐던...”(의료사회복지사 1)

“애가 워낙 복잡한 질환이 많아서 장애는 예상이 됐는데, 생명 자체는 살릴 수 있는 아이였어요. 근데 (보호자 수술 동의를) 늦어져서 그 때 사망을 했어요. 이 케이스가 아쉬웠던 것은 신고 시점 때문

에 그래요.”(의료사회복지사 4)

③ 증거 부족으로 인한 가해자 분리 실패

아동학대가 의심되는 상황에서 심증은 있지만 물증이 없는 경우가 많다. 하지만 명확한 학대 행위의 증거가 없는 경우에는 조사와 처벌에 한계가 있었다. 사례 B의 경우에는 엄마가 아빠의 학대 사실을 숨기다가 충동적으로 밝혔음에도 인과관계 입증에 어려웠기 때문에 학대 판정을 통한 부모로부터의 아동 분리가 불가능하였다. 또한 아동의 연령이 어리고 장애가 심할수록 분리된 아동을 집중적으로 돌볼 수 있는 시설을 찾기 어렵기 때문에 병원 측에서 부모로부터의 분리 등 다른 대안을 고려하기 어려웠다.

“길거리에서 맞아서, 엄마가 경찰에 달려가서 저희한테 연락이 되었을 때, 아빠가 엄마를 마구잡이로 발로 차고 손으로 때리고 그래가지고 막 멍이 들어서 왔더라고요, 그래서 이제 엄마가 그 때(아기가 학대받았을 때) 얘기를 한 거예요, 아빠가 화가 나가지고 애를 그렇게 했고(학대했고), 임신해 있을 때도 자기를 그렇게 때렸었고, 자기는 도저히 참을 수 없다고 얘기를 했었고...(중략) 그래서 제가 형사와도 몇 번 통화를 했었거든요, 그런 상황이라고 얘기를 했는데 역시 부부싸움 현장에 대한 거는 어떻게 할 수 있지만 아기를 실제로 학대했는지, 학대한 것에 대한 증거를 잡을 수가 없다는 거예요, 그래서 본인들도 어떻게 할 수가 없다, 그 부분은...”(의료사회복지사 2)

(3) 개입의 성과는 무엇인가?

학대피해아동보호팀의 개입의 성과는 원내 교육과 홍보를 통해 병원 직원들의 학대 인식을 제고함으로써 아동학대 사건 개입의 양적 및 질적 향상을 이루어낸 것으로 확인되었다. 또한 학대피해아동보호팀이 아동보호전문기관 및 경찰과의 협조를 통해 개입하면서 아동학대가 중단되고, 가해자 처벌 및 교육과 다양한 지원을 통해 가족상황이 개선된 사례들도 여럿 있었다. 그럼에도 이 연구에서 보는 것과 같이 아동이 사망한 사례들도 나타났다.

그렇다면 아동학대 사망사건에서 학대피해아동보호팀의 개입의 성과는 무엇으로 볼 수 있는가? 그것은 놓칠 수 있었던 아동학대 사례를 밝혀내는 등 사회적 의무와 책임을 수행하였고, 팀 개입의 중요성을 확인했다는 점이다.

① 팀 대응을 통한 학대 사실의 규명

학대피해아동보호팀의 팀 대응은 종합적인 의견을 제시함으로써 판단의 정확성에 신뢰성을 부여하고 가해자로부터의 위협이 발생하더라도 팀 공동 대응이 가능하여 개인 책임에 대한 부담을 덜 수 있다는 장점이 있었다. 그리고 누군가의 문제제기에 의해 팀이 가동되기 시작하면 종합적인 판단이 내려질 때까지 일정 절차를 진행해야 하므로 학대 사망 사례의 실체를 끝까지 밝혀내는 데 큰 도움이 되었다.

“사실은 팀이 있었기 때문에 그 아이는 그 정도로 갈 수 있었다고 생각을 해요(사망 원인을 밝혀낼 수 있었다고 생각을 해요). 신경외과 의사가 물론 처음에 가동시키기는 했지만, 응급의학과에서도 그

렇고, 이게 어떤 식으로 처리가 되어 가는지 살피면서 계속 진행을 하고 지켜보고 하는 과정들이... 미세사건으로 처리가 될 수도 있었는데 그러지 않고 끝까지 현장검증이나 이런 것까지 할 수 있었던 것은 제가 볼 때는 굉장히 그 부분에 대한 것이 컸어요.”(의료사회복지사 1)

② 인식 제고를 통한 사례발굴의 증가

의료진의 아동학대에 대한 인식의 제고는 아동학대 조기 발견과 개입의 핵심이므로 의료진 교육과 홍보는 매우 중요하다. 의료진의 인식 향상은 학대가능성에 대한 의심과 적극적인 후속 조치의 실행 가능성을 높이기 때문이다. 실제로 한 병원에서는 아동학대 신고의무자 교육을 확대하면서 신고건수가 늘고 팀 활동이 활발해졌다고 하였다. 학대피해아동보호팀이 개입한 사망사건 또한 의료진의 적극적인 발견이 없었다면 그대로 묻혀버릴 수도 있었던 사건들이었다.

“저희가 2007년부터 건수가 많이 늘었어요. 학대피해아동보호팀 운영이 잘 돼요. 학대아동 신고의무자 교육 수료...그런 교육을 하다 보니까.. 이제 그전에는 병원에서 사례가 없던 것이 아니라 발견이 안 됐을 뿐인데, 그게 이슈가 되고 인지를 하다 보니까 사소한 것까지도 신고를 하게 되고..”(의료사회복지사 3)

그러나 이러한 적극적인 움직임은 각 병원의 정책과 상황에 영향을 받는 것으로 나타났다. 한 병원에서는 학대피해아동보호팀이 구성되어 있었으나 거의 활동이 없다가 외부 인증 평가 때문에 팀을 재조직하면서 활동이 활발해졌다고 하였다. 이것은 아직까지 병원의 학대피해아동 개입의 양과 질에 편차가 큼을 보여주는 결과이다. 또한 팀의 활동은 개별 의료진의 관심이나 역량보다 병원조직의 정책 변화로부터 더 많은 영향을 받게 되며, 병원조직은 병원 평가라는 외부 환경의 영향력 안에 있다는 것을 보여주는 결과이다.

“인증평가 때문에 우리가 좀 더 타이트하게 학대를 보자고 하면 그 때 좀 반짝 하는 편이고, 그 다음에는 없어요. 그 때 우리 팀이 만들어지면서 좀 관심을 많이 가지고 했던 때였기 때문에 2009년, 2010년도에는 사례가 좀 있었는데 2012년도에는 사실상 하나도 없었고요. 근데 정말 없는 건지, 아니면 신고가 안 되어지는 건지 그건 잘 모르겠고요”(의료사회복지사 1)

(4) 개입 과정의 어려움은 무엇인가?

현장에서 겪는 개입과정의 어려움은 신고의무자 역할에 대한 무지와 역할 수행에 대한 부담, 증거 확보 및 신고 시점을 잡는 데 대한 어려움, 사후 관리의 미흡으로 나타났다.

① 신고의무자 역할 수행의 어려움

가. 역할 인지 및 지식 부족

연구에 참여한 의사들은 아동학대에 대한 관심과 학대피해아동보호팀 활동 경험이 많았으며, 병원에서 의대생들 및 직원들에 대한 교육을 실시해 왔다. 하지만 교육을 받은 경우에도 1년이 지나면 신고기관의 전화번호를 기억하는 사람이 별로 없었음을 지적하였다. 어떤 경우에는 다산콜센터, 119등의

번호를 기억하여 신고를 의뢰한 경우도 있었다고 하였다. 교육을 받더라도 일상 업무에서 잘 활용되지 않기 때문에 교육의 효과가 지속되지 않아 나타나는 결과였다.

“의사들에게, 간호사들에게, 아주 기본적으로 훈련이 안 되어 있어요. 일단 첫 번째로 의뢰인은 아동학대 의심 환자로서 신고해야 한다는 의무에 대해서 아는 바도 모르고, 어디다가 신고해야 되는지도 모르고, 어떻게 신고해야 하는 지도 알 수 없고, 신고를 하면 어떤 내용을 신고해야 되는 지, 신고하면 신고자는 법적으로 보호받는가 하는 것도 모르고...”(의사 1)

나. 역할 수행에 대한 부담

학대가 뚜렷하게 의심되는 사례에 대한 신고와 의뢰는 의료진의 당연한 역할인 동시에 보호자와 대립적인 입장에 서게 되는 부담스러운 일로서 경험되었다. 실제로 한 병원에서는 주치의가 온 몸이 멍투성이인 아동을 아동학대로 신고했으나 실제로 그 멍이 아동학대가 아니라 의료적 질환 때문에 생긴 것으로 밝혀져 주치의와 병원이 난처한 입장에 처한 일이 있었다고 했다. 부모들이 주치의와 해당 병원을 명예훼손죄로 고소하려 하면서 감정적인 대립이 지속되었기 때문이다. 또 다른 경우는, 사망진단서를 작성할 때, 사망 원인을 ‘미상’으로 작성하면 경찰이 개입하는데, 이렇게 될 때 보호자 반발에 부딪치므로 상당히 부담스럽다는 것이다. 그러므로 학대가 의심되는 상황이라도 관계적 불편함과 위협감 때문에 모호하게 진단명이 작성될 가능성이 있었다.

“소아과 교수님이 이게 잘못된 것 같다, 죄송하다, 교수님이 사과를 하신 거예요. 그러다 보니까 엄마아빠는 잘못된... 본인들 명예의 훼손을 했다 그래서. 저희 입장에서는 의심이 되면 신고를 하는 게 저희의 의무이니까 저희는 저희의 의무를 한 거다...”(의료사회복지사 2)

“미상으로 써버리면 경찰이 개입하고요. 경찰이 나타나고, 검사가 나타나고, 보호자가 와서 그거 쓴 의사한테 생지랄을 하죠. 그러면 이제 저희는 잘 몰랐는데, 모르니깐 모른다고 썼다, 아빠도 모른다면서요, 나도 몰라요...라고 했는데 그런 게 뻔히 보이기 때문에 그런 얘기하기 싫죠... 이제 얘기 안하고 써주는 게 어렵기 때문에 보호자한테 먼저 얘기하죠. 그리고 영아돌연사, 폐렴, 질식, 심지어 심장 정지 이런 말도 안 되는 이상한. 어쨌든 결국에는 돌연사죠, 서든 데스(sudden death)하고 넘어가 버리는 거지. 미상이라고 쓰려면 상당한 용기가 필요하고요.”(의사 1)

② 증거 확보 및 신고 시점 파악의 어려움

학대피해아동보호팀에서 학대 사례를 신고하기 위해서는 여러 가지 준비가 필요하다. 특히 경찰이나 아동보호전문기관은 병원에서 아동학대의 인과관계를 규명해 줄 증거자료를 제공해 줄 것으로 기대하게 되는데, 병원에서도 심증은 있지만 물증을 찾기 어려운 경우들이 발생하였다. 이 때 신고하기도 어렵고, 신고하더라도 아동학대 문제에 대한 공식적인 개입이 어려우므로, 병원에서는 아동학대 사망 예방을 위한 조기 개입을 확대하고자 한다면 증거 확보를 위한 병원 측의 노력에 특별한 제도적 지원이 필요하다고 이야기하였다.

“지금 불편한 게 우리는 수사권이 없잖아요, 근데 이제 아동학대 특수한 경우로 지금 하나 걸려있는 게 있는데, 그걸 CCTV를 설치해서 증거를 잡으려고 그랬더니, 그걸 못하게 한다네. 병원에서도 못하고 경찰에서도 당장 사용하지 말라는 거예요, 이제 적법하게 하려면 법원의 영장을 받아서 그런 걸 할 수 있는데, 법원의 영장을 받으려면 증거가 있어야 되고, 그러니까 증거를 잡아야 한다는 거고, 그러니까 이게 안 되니까 이게 안 돼서, 결국 아무것도 못했어요. (중략) 우리보고 마음대로 CCTV 촬영하라고 그러면은 오히려 남용될 수가 있으니까 그쪽에서 판단해서 뭐 이렇게 그 저 특별히 허락을 해주든지 하는, 그런 불편함을 자기네들도 감수를 해야죠.”(의사 2)

또한 최근 많아지고 있는 의료적 방임 사례에서 신고 시점의 결정도 상당한 딜레마로 경험되었다. 병원에서는 부모가 자녀에게 꼭 필요한 수술이나 치료를 거부할 때, 이 상황을 학대로 신고해야 하는지, 부모 의사를 존중해야 하는지에 대해 딜레마를 경험하였다. 한 병원에서는 이러한 사례에 대하여, 즉각적인 치료가 진행되지 않을 때 아동 사망확률이 50%가 넘을 것으로 예상되는 시점을 신고 기준으로 합의하여 실행하고 있었다. 또한 이렇게 신고를 할 때에는 이 사례가 아동학대 사례가 맞는지, 보호자의 반발이나 소송 가능성에 어떻게 대비해야 하는지에 대해 회의와 법률 자문 등을 통해 충실히 논의하였고 의사결정 과정과 노력에 대해 철저히 기록하는 모습을 보였다. 그럼에도 이 시점의 신고는 수술 후 예후를 보장하기 어려운, 이미 너무 늦은 시점으로, 사망의 예방을 위한 최후의 방법으로 사용될 수 있지만 최선의 방법이 되기는 어려웠다.

“이 케이스를 가지고 사례판정회의를 했던 게 뭐냐면 신고유무를 떠나서 사실은 이 수술을 보호자 동의 없이 해야 되느냐, 말아야 되느냐. 이걸 가지고 논의를 했었거든요, 급한 거고, 보호자 동의 없이 수술을 했을 경우 법적 책임이 어디까지이고 어떻게 되느냐 하는 걸로 논의를 했었고, 결정은 보호자 동의 없이. 모든 위원들이 아동학대이고 의료적 방임이라고 했고, 일단은 아동보호전문기관에 사회사업팀에서 신고를 하고 자문변호사한테 법률자문을 구한 다음에 이 과정과 별개로 아이의 생명이 위급할 경우에 보호자 동의 없이 수술을 한다고 결정이 났어요, 그래서 신고를 하고...(중략) 애를 지금 당장 수술을 안 하면 생존 가능성이 매우 없다고 할 때만 의료적 방임이에요.”(의료사회복지사 4)

③ 사후관리의 미흡

아동학대 사망사건에 대한 사후 관리는 대개 미약한 것으로 나타났다. 의료기관에서 아동학대 사망 사건에 대한 조사와 개입은 다른 학대 사례들과 다르지 않았다. 즉, 의료적 상황에 따른 공통 개입 매뉴얼은 없었고 사망으로 진행되거나 사망한 사례 또한 다른 의무기록들과 같은 형태로 기록되고 관리되었다. 이러한 점 때문에 사망사건에 대해 사례를 담당했던 담당자 외에는 파악이 어려웠다. 한 병원에서는 2010년 한 건의 사망사례가 있었다고 하였으나, 실제 면접 중 통계 자료를 확인하면서 2008년에도 추가의 사망 사건이 있었음을 확인할 수 있었다. 담당자가 이 업무를 맡기 전에 발생했던 사건들은 인지하기 어려웠던 것이다. 아동의 사망은 곧 병원 개입의 종결을 의미했으므로, 사망 사례들은 이후 효과적인 대응과 예방을 위한 중요한 학습 경험으로 충분히 논의되지 못하고 성급하게 마무리되었다. 또한 병원의 개입은 경찰 또는 아동보호전문기관으로의 의뢰 후에는 거의 중단되었다. 병원 의뢰 후 진행 상황에 대한 연계의 부족은 다음 학대 사례가 발생했을 때 기관 간의 긴밀한 연계를 어

럽게 만드는 하나의 요인으로 작동하였다.

“모니터링 할 수 있는 부분은 따로 마련되어 있지 않습니다. 케이스가 저희가 수십만 명...신경 쓸 수 있는 시스템도 안 되어 있고..”(의료사회복지사 3)

“학대피해아동보호팀 이름으로 아버지 학대로 인해 사망이 의심된다는 소견서를 보냈는데 경찰이 그 후에도 몇 번 연락을 했어요, 아빠 때문에 사망한 건 지 확실하냐고.. 자기 딸이고 저렇게 힘들어 하는데 그랬겠냐고.. 그 후에 아버지가 어떻게 되었는지 잘 몰라요. (중략) 경찰도 경찰 손을 떠나면 어떻게 되는 지 잘 모르더라구요.”(의료사회복지사 5)

(5) 경험을 통한 제안은 무엇인가?

학대피해아동보호팀원으로 활동해 왔던 의료사회복지사와 의사들은 학대 아동의 조기 발견과 사망으로의 진행 방지를 위하여 신고의무자 역할 강화를 위한 조치, 증거 수집 강화를 위한 조치, 사후 관리 강화를 위한 노력들을 제안하였다.

① 신고의무자 역할 강화를 위한 조치

가. 교육 내용 정비

신고 확대를 위해서는 신고의무자에 대한 교육의 중요성이 강조되었다. 특히 신고의무자에 대한 교육 실시에서 고려해야 할 점으로 두 가지 측면이 있었다. 첫 번째는 신고의무자들이 교육 후 충분히 학대를 인지하고 학대 발견 상황에서 신고할 수 있도록 제공된 교육 내용이 충실한가에 대한 것이고, 두 번째는 실제로 학대 상황을 많이 접할 만한 의료 기관에서 이러한 교육들이 충분하게 이루어지고 있는가이다. 연구에 참여한 한 의사는 아동보호전문기관에서 신고자에 대한 교육을 강화하고 있지만, 어떨 때 의심하고 신고해야 하는 지를 구체적으로 교육하고 있지 못함을 지적하였다. 대부분 의사들이라면 한 눈에 학대 상황을 알아볼 수 있을 것으로 기대하지만, 의사들도 아동학대 및 상황적 맥락에 대한 지식과 경험이 없다면 학대를 의심하거나 판별하기 어렵다는 것이다. 따라서 아동보호전문기관과 병원의 긴밀한 협조 하에 교육 자료 보완이 필요할 것으로 보인다. 오랫동안 학생들을 교육해 온 한 의사는 자신이 정리한 학대 위험 사인들에 대해 강조하였다.

“의료진 교육이죠. 대부분 (보호자는) 거짓말을 하니까.. 말하는 것과 이 손상이 일치하는지... 말을 할 수 있는 아이면 잠깐이라도 분리해서 물어보고...의심할 수 있는 눈을 키우려면 교육이 필요하죠... 미국은 해당과 관련 교수에게 1년에 두 번 교육을 받게 되어 있어요.”(의료사회복지사 5)

“제가 교육할 때, 학대 위험 싸인이라고...첫 번째는 왜 지금 오는지 납득이 안 되는 사람. “언제 다쳤어요?”, “3일전에.”, “3일 동안 뭐했어요?” 그에 맞는 반응이 나와야 하는데 아주 적극적으로 난리치는 사람이 있고, “내가 늦게 오든 말든 네가 뭐야.” 하는 사람도 있고, 두 번째로 비정상적인 보호자 태도인데, 너무 과다하게 죄책감이 강하거나 너무 울고, 쓰러지고, 수술이 있으면 바로 쓰러지는 아빠. 세 번째는 목격자가 없는. 목격자가 없는 외상을 항상 조심해야 하거든요, 그러기가 쉽지 않은데 나이가 어릴수록 누군가는 애를 돌보고 있었어야 했는데 그 애를 안 봤다는 것 자체가 방임에 가깝고, “절

대 못 봤다. 그냥 애가 침대에서 떨어진 것 같은데 모르겠다. 괜찮은 것 같은데 모르겠다.”라고 하면서. “아니 그럼 왜 3일 만에 오셨나요?”, “아니 걱정돼서 왔죠.” 그럼 듣다보니 이상한 거죠. 네 번째가 거짓말인데 앞뒤가 계속 바뀌는 거. 특히 엄마들의 거짓말인데 침대에서 떨어졌다고 하는데 애들이 뒤집지 못하면 침대에서 안 떨어지잖아요. 심지어 백일짜리도 뒤집지 못하면 침대에서 떨어지지 않는단 말이에요. 아이의 발달력과 일치하지 않는 그런. 마지막으로 비정상적인 아이들. 주로 집에 안 가려는 아이들. 집에 가라고 하면 “좀 더 이따 가면 안돼요?” 그냥 안가겠다는 아이들. 이런 아이들...”(의사 1)

나. 신고의무자 부담 완화를 위한 노력

신고의무자 역할 강화를 위한 조치로서 의사들이 맘껏 신고하도록 지원해야 한다는 점이 강조되었다. 발견되었음에도 묵인되는 사례를 줄이기 위해서는 의사들에게 신고만 하면 학대피해아동보호팀과 아동보호전문기관에서 알아서 진행해 줄 것이라는 분명한 메시지를 전달하는 것이 중요하다는 것이다. 실제로 한 의사는 자신이 평소 의사들을 교육할 때 학대피해아동보호팀에 신고하면 진단서 작성부터 고소, 고발 법정 출두까지 알아서 해 줄 것이라는 점을 강조하는데, 그러한 점이 상당히 설득력 있게 작용한다고 설명하였다.

“의사들한테는 좀 편하게 해 줘야 되요. 그래야지 마음껏 신고한단 말이에요... 노출 됐을 때 의료인들이 신고할 수 있도록 해주는 게 중요해요. 그래서 묻히는 케이스가 없는 게 훨씬 더 중요하다고 생각해요...”(의사 2)

다. 교육 장소의 확대

대부분의 아동학대에 대한 교육은 대학병원 중심으로 또는 학대피해아동보호팀이 잘 운용되는 곳 중심으로 이루어진다. 그런데 실제로 자녀를 학대한 부모가 상처를 방지하지 않고 병원을 찾는다면 언제, 어떤 곳을 찾게 될까? 대학병원일까? 그렇지 않을 것이다. 하지만 이 연구에서 면담에 협조한 병원은 모두 수도권에 소재한 대학병원이었다. 지방 대학병원은 병원 측의 미비한 대응이 드러나는 것이 부담스럽다는 이유로 면담에 난색을 표했다. 이것은 이 연구에 참여한 병원들이 일부 한계를 갖더라도 기본적으로는 아동학대 개입 체계를 잘 갖추고 활발하게 활동하고 있는 곳임을 의미한다. 따라서 연구에 참여한 한 의사의 말처럼, 이들 병원 외에, 실제 신고 사각지대에 위치한 소규모 또는 의원급 병원들을 학대아동의 발견과 보호 체계로 어떻게 끌어들이 것인가가 주요한 고민의 지점으로 포함되어야 한다.

“아동학대는 큰 병원은 잘 안 오죠. 일단 약국 가서 약 바르고 말죠. 병원까지 갈 마음먹었다가도 아주 동네 조그마한 의원에 또는 병원에 응급실에 응급의료기관에 제일 작은 응급의료기관에 사람 없을 때 가죠. 사람 많을 때 가면 놀라니까. 사람 많을 시간에는 제일 구석에 앉죠. 계속 불까봐 망설이는 거죠. 안하면 뒷감당이 안 되니까 왔는데 대책이 안서는 거죠. 어떻게 보면 차라리 소규모 응급의료기관이나 여러 가지 외래보는 선생님들한테 교육을 해야 하는데요...”(의사 1)

② 증거 확보를 위한 조치

병원에서 아동학대 증거 수집 강화를 위한 지원책에 대한 제안은 첫 번째로 학대가 의심되는 아동 혹은 2세 이하 아동의 사망에 대해 의무적으로 CT를 찍도록 하는 것이며, 두 번째로 증거 수집을 위해 CCTV 설치 등이 필요할 때 학대피해아동보호팀 전체 동의를 통해 요청하면 심의를 거쳐 이에 대한 허용을 고려해 달라는 것이다. 이는 학대 피해 아동에 대해 부모 동의 없이 검사를 진행하기 어렵고, 아동 사망 후 화장을 해 버리면 아무 증거가 남지 않기 때문에 추후 인과관계 규명의 어려움을 극복하고자 하는 것이다. 비슷한 맥락에서, 학대가 의심되지만 증거가 없어 부모로부터 아동을 분리하기 어려운 상황에서, 필요할 때는 심의를 거쳐 CCTV 설치를 허용하는 방안에 대해서도 충분한 논의가 필요하다는 의견이 있었다.

“의심이 가서 사진을 찍어보면 굉장히 여러 가지 증거가 나올 수 있는데요. 특히 사망한 아이라면. 또한 그것을 할 수 있도록 법적으로... 왜냐하면 틀림없이 가족들이 격렬히 반발할 텐데. 규정이 있으면 괜찮거든요.”(의사 1)

③ 사후 관리 강화

사후 관리 강화에 대한 내용은 주로 병원 측의 노력 보다는 아동보호전문기관에 대한 기대 중심으로 표명되었다. 병원에서 아동보호전문기관으로 의뢰한 사례들이 잘 진행됨을 확인할 때 병원에서의 학대 발견과 의뢰가 더욱 활발하게 진행될 수 있는데 아직까지는 그러한 기대가 잘 충족되지 못해 신고해도 별 소용이 없다는 생각을 갖는 경우가 있다고 하였다. 참여자들의 아동보호전문기관에 대한 평가는 과거에 비해 전문성과 적극성이 향상되었지만, 권한 부족과 업무 과다로 인해 개입의 한계가 있을 수밖에 없다는 점이였다. 따라서 이러한 점들이 보완되고 병원에서 기관으로 사례를 의뢰한 후 기관으로부터 병원으로 진행과 결과에 대한 회신 등이 원활하게 이루어질 때, 병원과의 관계 및 사후 관리가 한층 강화될 수 있을 것으로 보았다.

“일단 아동보호전문기관의 역량이, 어떤 파워가 좀 더 있어야지. 저희가 신고를 하거나 했을 때 그 쪽에서 좀 더 파워가 있게 개입이 되어야 하는데...(중략) 그러니까 어떻게 보면 제도적인 변화가 있어야지 좀 더 긴장을 하는데, 위험한 상황에 있는 아이인데 (부모) 교육만 하고 그만두고.”(의료사회복지사 2)

5. 결론 및 제언

이 연구는 병원 학대피해아동보호팀의 아동학대 사망사건 개입경험의 탐색을 통해 아동학대 사망 사건에 대한 이해를 제고하고 개입과정의 성과와 어려움을 파악하여 실천적 함의를 도출해 내려는 목적으로 수행되었다. 학대아동피해아동보호팀을 운영하며 사망아동사례에 대한 경험이 있는 병원의 개입경험에 대한 분석 결과, 병원에서 사망한 아동학대 사례는 병원 내원 후 바로 사망하는 경우가 가

장 대표적이었고 이는 최윤진 외(2007)의 연구 결과와 유사한 것으로 나타났다. 하지만 이 연구를 통해 치명적인 의료적 방임으로 인한 사망사례 증가 및 학대피해아동보호팀이 학대 사실을 인지하더라도 복합적인 어려움이 있는 가족 안에서 학대 진행을 막는 데 여러 가지 어려움이 존재한다는 점을 새롭게 확인할 수 있었다. 그러므로 변화하는 학대 양상의 특성과 대처 방안, 윤리적 딜레마에 대한 다양한 논의가 필요할 것이다.

학대피해아동보호팀의 사망사건 경험은 개입내용, 사망 이유, 개입 성과, 개입의 제한점, 경험을 통한 제안으로 정리되었다. 학대피해아동보호팀의 활동은 교육을 통해 아동학대에 대한 인식을 제고하고 아동학대 사례 발굴 및 효과적인 개입의 확대라는 점에서 어느 정도 성과를 보이고 있었다. 하지만 기존 연구 결과와 마찬가지로 신고의 중요성을 인식함에도 실천방법에 대한 지식 부족(김영혜 외, 2006), 결정적 증거의 부족과 신고에 대한 부담감(Vulliamy and Sullivan, 2000) 등은 효과적 대처를 어렵게 만드는 장애물로 작동하고 있었다. 그러므로 신고의무자의 적극적인 역할 수행을 위한 다양한 지원체계 마련은 아동학대가 사망으로 진행되는 것을 막기 위해 반드시 해결해야 할 과제로 나타났다. 이러한 연구 결과를 토대로 아동학대 사망사건의 예방 및 대처를 위한 실천적 및 정책적 방안을 제안하고자 한다.

첫째, 병원 학대피해아동보호팀 운영의 활성화가 필요하다. 연구 수행 결과, 운영되고 있는 학대피해아동보호팀의 역할과 중요성을 확인할 수 있었음에도, 실제 협력기관으로 등록된 62개의 병원 중 학대피해아동보호팀이 실제 설치되어 활동하는 곳은 절반이 채 되지 않는 것으로 나타났다. 또한 직제상 존재하는 다수의 학대피해아동보호팀들도 연간 사례개입건수가 한 건도 없거나 별다른 회의조차 개최하지 않은 것으로 나타나 실제 활동은 알려진 것보다 훨씬 미미한 것으로 확인되었다. 현재 직제가 구성되어 있지만 실제로 활동하지 않는 학대피해아동보호팀의 재활성화를 위해서는 의료기관 평가를 통한 관리와 동기부여가 하나의 대안이 될 수 있다. 의료기관 평가에 학대피해아동보호팀 운영관련 항목을 추가하지는 제안은 이미 대한의사협회(2006)에서 제안했으나 아직까지 반영되고 있지 못하다. 이에 연구진은 의료기관 평가 항목 관리를 통한 체계적 관리를 촉구하며 이를 통해 전국망으로 구축된 학대피해아동보호팀의 활성화를 도모해 나갈 것을 제안한다. 또한 평가 항목 안에 학대피해아동보호팀 간사로서 피해 아동과 가족에 대한 전반적인 평가와 지원, 병원 및 지역사회 자원들의 적극적인 연계와 조정 업무를 담당하는 의료사회복지사의 역할 규정이 반드시 명시되어야 한다.

둘째, 병원의 아동학대 관련 책임 강화가 필요하다. 병원의 책임 강화를 위해서는 신고의무자 교육과 위반 시 처벌 규정에 대한 강화가 필요하다.

아동학대 사망 예방을 위해서는 조기 발견이 필수적인데, 조기발견률 향상을 위해서는 신고의무자 교육 강화가 매우 중요하다. 이러한 신고의무자 교육 강화에는 연구 결과에서 제시했던 바와 같이 교육횟수의 강화, 교육대상의 확대, 교육내용의 구체화라는 세부 내용이 포함되어야 한다. 우선, 교육의 효과 지속을 위하여 병원에서 최소 연 2회 이상의 아동학대 이해 및 대처를 위한 정기교육을 실시해 나가야 한다. 또한 현재 일부 병원에서 이루어지는 인턴 중심의 교육을 의예과 및 간호학과 학생들, 인턴과 레지던트 대상 교육으로 확대하면서 교육의 수준과 내용을 다양화시켜 나가야 한다. 구체적으로는 다양한 학대 상황에 대한 예시와 신고 경로 및 역할에 대한 내용이 포함되어야 한다. 특히 증거

가 부족한 상태에서 점차 악화되는 사례나 치명적인 방임으로 인한 사망위험 사례는 신고와 조사에 소홀하기 쉬우므로 다양한 사례 유형에 대한 교육과 논의가 필요하다.

또한 신고 의무 위반 시 처벌 규정에 대한 안내와 조치가 필요하다. 개정된 아동복지법 제5조 제2항에서는 신고의무자가 아동학대를 발견하고도 신고하지 않은 경우에는 100만 원 이하의 과태료를 부과하고 있다. 하지만 아직까지 이에 대해 충분히 인지하지 못하고 있는 의료인들도 많다. 따라서 신고 의무와 방법에 대한 충분한 안내가 필요하며 아동 학대 상황을 인지하였음에도 제대로 신고의무를 하지 않은 의료인에게는 현재의 벌금형 뿐 아니라 자격 정지, 손해배상 책임 부과 등의 처벌을 강화해 나가야 한다. 또한 이 때 병원평가에 대한 불이익, 기관장 처벌 등 조직의 관리와 책임을 엄정하게 물어야 한다. 하지만 연구 결과에서 본 것과 같이, 신고 후 보호자와의 관계 악화나 협박 위험 등 적극적인 신고를 어렵게 만드는 여러 어려움이 현실에 존재하는 만큼 신고자의 신변안전과 신고병원에 대한 권익 보호 및 보상 강화 마련을 통해서도 신고의무자 역할 수행의 실효성을 제고해 나갈 필요가 있다.

셋째, 아동학대 관련 법의학적 증거수집 강화를 위한 방안 마련이 필요하다. 연구 결과에서 본 것처럼 학대가 의심되더라도 명백한 증거 없이는 보호자 분리와 처벌이 불가능하므로 법의학적 증거 수집은 매우 중요한 의미를 갖는다. 이미 사망한 아동의 경우, 학대가 의심되는 부분이 있어도 가족의 반대 때문에 증거 수집을 위한 조사를 실시하는 데 어려움이 많다. 따라서 효과적인 아동학대 예방과 개입을 위하여 ‘아동학대 특례법’을 제정해 나갈 때, 학대로 인한 사망이 의심되는 아동에게 의무적으로 전산화단층촬영(CT)을 찍게 하거나 필요한 경우 CCTV 활용을 허가하는 내용들을 포함시켜야 한다. 이렇게 되면 영유아돌연사(SIDS) 등 원인 미상의 사인에 대해서도 학대 규명 가능성이 높아질 것이다.

넷째, 학대피해아동보호팀 체계와 연계한 사망사례조사(child death review)⁷⁾ 프로그램 도입을 제안한다. 사망사례조사의 필요성은 김지혜 외(2013)의 연구에서도 이미 제안되었는데, 미국에서 실시되고 있는 이 프로그램의 실시가 아동학대 사망사례 규명과 학대에 대한 관심 환기에 도움을 줄 것으로 기대되기 때문이다. 이 때 사망사례조사팀을 시, 군, 구별로 새롭게 조직하기 보다는 전국망으로 이미 구축된 학대피해아동보호팀을 잘 가동한 후, 이 병원들과 협력하여 아동보호전문기관, 경찰, 의료기관 등이 모두 포함된 시도 단위의 조사팀을 구축하고 아동 사망의 원인과 특성을 규명하는 절차를 진행해 나갈 것을 제안한다. 자동차사고, 질환 등 원인이 분명한 아동 사망 이외에 원인 미상의 사망 사례는 아동학대로 인한 사망 가능성이 있으므로 사후 조사가 철저히 이루어진다면 드러나지 않은 아동학대 사망사례를 찾아내는 데 큰 도움을 줄 수 있을 것이다.

다섯째, 고위험 사례에 대한 지속적 모니터링을 위하여 영국과 같이 ‘아동학대 경고인식 체계’를 병원 진료기록 체계에 도입해 나갈 것을 제안한다. 현재는 개인정보 보호 때문에 의료기관 간 학대 사례가 공유되기 어렵고, 학대 부모가 진료 기관을 바꾸게 되면 이전 학대 사실에 대한 추적이 불가능

7) 아동사망사례 조사 프로그램은 ‘Child Fatality Review’, ‘Child Mortality Review’로도 불리는데, 학대 및 방임으로 인한 사망을 포함한 아동사망사례를 조사하여 사망의 원인을 밝혀내기 위한 과정이다.

하다. 또한 학대 사실에 대한 의무기록 관리가 안 되고 있어, 일정 시간이 지난 후나 담당자가 바뀔 후에는 학대 사실을 확인하기 어렵다. 그러므로 학대로 의심되었거나 확인된 아동 사례는 반드시 의무전자기록으로 저장하고, 매 진료시마다 활성화되도록 시스템을 개선하며, 아동의 건강 상황에 대한 모니터링 및 추적관리가 가능하도록 해야 한다. 그런데 이러한 진료기록체계의 개선은 병원 종사자의 아동학대 인식 및 실천기술의 향상과 맥을 같이 해야 한다. 적절한 이해 없이 과거 학대 기록을 갖고 선불리 속단하거나 부모를 자극한다면 오히려 학대 가해자가 병원 치료를 회피하는 부작용이 발생할 수 있기 때문이다. 그러므로 진료기록체계 개선 과정에서 취지와 병원 종사자의 역할에 관한 충분한 공감대 형성이 선행되어야 한다.

이 연구는 병원 학대피해아동보호팀 팀장과 간사로 활동해 온 의사와 의료사회복지사의 아동학대 사망사례 관련 실천 경험을 조직화하여 제시하고 그러한 경험을 토대로 효과적인 아동학대 조기 발견과 악화 방지를 위한 정책적 및 실천적 방안을 제안하였다는 점에서 의의를 갖는다. 하지만 사망 사례에 개입한 병원의 수가 적었을 뿐 아니라 연구 참여에 대한 부담으로 협조를 거부한 병원도 있어 보다 많은 병원의 경험을 포괄하는 데 어려움이 존재하였다. 또한 의료사회복지사와 일부 의사를 참여자로 인터뷰를 진행하였으므로 병원 관리자, 간호사 등의 다른 직급과 직종의 입장을 충분히 반영하기 어려웠다는 점에서 한계를 갖는다. 그러므로 후속 연구에 대한 제안으로서, 꼭 사망사례를 포함하지 않더라도, 학대받은 아동과 만날 가능성이 있는 보다 다양한 지역과 규모의 병원들을 포함한 연구를 수행하여, 지역 및 직종에 따른 현황과 인식의 차이들을 구체적으로 규명해내는 작업이 이루어지기를 기대한다. 또한 학대피해아동, 가해자를 포함한 주변가족들을 참여자로 포함시켜 적은 수의 아동학대 사례를 보다 심층적으로 탐구하는 사례연구(case study)도 진행될 수 있을 것으로 생각한다. 앞으로 실천 전문가의 경험을 바탕으로 아동학대 예방과 개입 모델을 체계적으로 변화시켜 나감으로써 학대로 인해 사망하는 아동이 한 명도 없도록 사회 안전망을 탄탄하게 구축하는 데 학대피해아동 보호팀과 의료사회복지사의 적극적인 역할을 기대한다.

참고문헌

- 강은숙·김민정, 2006, “아동학대예방센터 상담원의 직무스트레스 실태 및 이직고려와 직무만족도에 관한 연구”, 『한국가족복지학』, 11(2): 43-63.
- 공계순, 2005a, “아동학대예방센터 상담원의 이직의도 관련요인에 관한 연구”, 『한국아동복지학』, 19: 7-35.
- _____, 2005b, “아동학대예방센터 상담원의 소진에 관한 연구”, 『한국가족복지학』, 10(3): 83-103.
- 김미정·최말옥, 2012, “아동보호전문기관 퇴직 상담원의 2차적 외상스트레스에 관한 질적 연구”, 『사회과학연구』, 28(3): 153-183.
- 김성희·이재연, 2005, “아동학대예방센터 상담원들의 신변안전에 대한 인식”, 『아동권리연구』, 9(3): 375-391.
- 김영혜·윤은영·이내영, 2006, “아동학대에 대한 종합병원 간호사의 인식도 조사”, 『한국모자보건학회

- 지』, 10(2): 189-197.
- 김지혜 · 정익중 · 이희연 · 김경희, 2013, “아동학대 사망사건에 대한 신문기사 분석”, 『한국사회복지학』, 65(2): 131~154.
- 대한의사협회, 2006, 『아동학대 예방 및 치료지침서』.
- 문영희, 2012, “개정 『아동복지법』과 아동학대”, 『한양법학』, 37: 215-236.
- 박지영, 2008, “아동보호전문기관 직원의 외상관련업무로 인한 스트레스 및 관련 요인 연구”, 『정신보건과 사회사업』, 29: 177-206.
- 보건복지부 · 중앙아동보호전문기관, 2012, 『2011전국아동학대 현황보고서』.
- 송봉규 · 김도균 · 박혜영 · 황준원 · 광영호, 2009, “병원 기반 학대피해아동보호팀의 20년간의 활동 경험”, *Korean Journal of Pediatrics*, 52(11): 1207-1215.
- 유정민 · 오병진 · 김원 · 임경수, 2007, “영아 돌연사의 응급실 대응 및 진단의 문제점과 개선안 제시”, 『대한응급의학회지』, 18(6): 471-486.
- 윤혜미, 1997, “아동학대와 방임이 개념 및 사회적 개입에 대한 일반인과 전문가 집단 인식 조사”, 『한국사회복지학』, 31: 393-422.
- 의협신문, 2012, “의협 전국 62개 병원서 아동학대 예방 캠페인”, 2012년 5월 11일.
- 정익중 · 이희연 · 김경희 · 김지혜 · 김세원 · 이정은, 2012, 『아동학대 사망관련 지원서비스 체계화 방안 연구』, 이화여자대학교 · 보건복지부.
- 중앙일보, 2002, “10개월 여아부모 학대 사망 의혹”, 2002년 2월 23일.
- 최윤진 · 김신미 · 심은정 · 조도준 · 김덕하 · 민기식 · 유기양, 2007, “아동학대로 진단된 환자의 임상적 진찰”, *Korean Journal of Pediatrics*, 50(5): 436-442.
- 한겨레, 2005, “엄마에게 맞아 뇌출혈 3살 딸 의식불명 상태로 일주일 방치”, 2005년 9월 8일.
- 한겨레, 2013, “27개월 지향이의 죽음 알고 보니... 5명의 ‘나쁜 어른들’ 있었다”, 2013년 6월 17일.
- Chan, K. L., Brownridg, D., Fong, D., Lung, W. C., and Ho, P. C., 2012, “Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study”, *Child Abuse and Neglect*, 36: 275 - 284.
- Chen, W., Glasser, S., Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., Tzur, S., and Lerner-Geva, L., 2010, “The contribution of a hospital child protection team in determining suspected child abuse and neglect: Analysis of referrals of children aged 0 - 9”, *Children and Youth Service Review*, 32: 1664-1669.
- Child Welfare Information Gateway, 2012, *Child Maltreatment 2010: Summary of Key Findings*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children’s Bureau.
- Department of Health, 2012, “New child abuse alert system for hospitals announced”, December 27, 2012. <http://www.dh.gov.uk/health/2012/12/abuse-alert-system>.
- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., and Shaffer, M., 2005, “Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program”, *Pediatrics*, 115(4): 470-477.
- Elo, S., and Kyngäs, H., 2008, “The qualitative content analysis process”, *Journal of Advanced Nursing*, 62: 107 - 115.
- Every Child Matters Education Fund, 2010, “*We Can Do Better: Child Abuse and Neglect Deaths in America*”, <http://www.everychildmatters.org/storage/documents/pdf/reports/wcdvbv2.pdf>.

- Government Accountability Office, 2011, “*Child Maltreatment: Strengthening National Data on Child Fatalities Could Aid in Prevention*”, <http://www.gao.gov/new.items/d11599.pdf>.
- Hobbs, C. J., Wynne, J. M., Gelletlie, R., 1995, “Leeds inquiry into infant deaths: The importance of abuse and neglect in sudden infant death”, *Child Abuse Review*, 4(5): 329-339.
- Schnitzer, P. G., Covington, T. M., Wirtz, S. J., Verhoek-Oftedahl, W., and Palusci, V. J., 2008, “Public health Surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 state programs”, *American Journal of Public Health*, 98(2): 296-303.
- Smith, J. A., and Efron D., 2005, “Early case conferences shorten length of stay in children admitted to hospital with suspected child abuse”, *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41: 513-517.
- Thun-Hohenstein, L., 2006, “Interdisciplinary child protection team work in a hospital setting”, *European Journal of Pediatrics*, 6: 402-407.
- Tien, I., Bauchner, H., and Reece, R. M., 2002, “What is the system of care for abused and neglected children in children’s institutions?”, *Pediatrics*, 110: 1226-1231.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., and Bondas, T., 2013, “Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study”, *Nursing and Health Sciences*, 15: 398 - 405.
- Vulliamy, A. P., and Sullivan, R., 2000, “Reporting child abuse: Pediatricians’ experiences with the child protection system”, *Child Abuse and Neglect*, 24(11): 1461-1470.
- Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., and Duggan, A., 2004, “Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life”, *Child Abuse and Neglect*, 28: 645 - 667.

A Qualitative Study on Intervening Work Experiences of Hospital-Based Child Protection Team on Child Abuse Death Cases

Kim, Kyunghee

(Kkottongnae University)

Lee, Heeyoun

(Seoul Cyber University)

Chung, Ickjoong

(Ewha Womans University)

Kim, Jihae

(Namseoul University)

Kim, Sewon

(Gyeonggi Welfare Foundation)

The aim of this study was to explore the work experiences of hospital-based child protection team staffs who had intervened the child abuse cases resulting in death. In order to gather the relevant data, all 62 child protection teams registered nationwide were contacted and 5 teams which had actually experienced at least one child abuse deaths were found. The staffs (hospital social workers and doctors) who belonged to these teams were intensively interviewed, and the interviewed materials were thoroughly analyzed by qualitative research methodology.

The result showed that treatment delay was the most important obstacle to prevent unnecessary deaths of the victims. Some abused victims were sent to the hospital only after their physical condition had so gravely deteriorated. In other cases, custodians' bland denial or refusal to treatment made impossible the timely intervention to save the child lives. Nevertheless, child protection team staffs' reasonable suspicion and active intervention could sometimes uncover the hidden truth that child abuse was the actual cause of death. These incidents were regarded as a team's meaningful accomplishments by team members.

Meanwhile, lack of awareness and excessive burden about the role and

responsibility of mandated reporter precluded medical staffs' active involvement. Also, substantiating the abuse suspicion by securing positive evidences was found to be a facilitatory factor for the rapid public intervention. On the basis of these results, several practice and policy implications were discussed to improve the early detection process, securing evidence and uncovering the actual cause of death in child abuse deaths.

Key words: child abuse, child abuse death, hospital-based child protection team, hospital social worker, qualitative study

[논문 접수일 : 13. 09. 03, 심사일 : 13. 09. 11, 게재 확정일 : 13. 10. 16]